



TITLE:

創傷猩紅熱の1例について

AUTHOR(S):

沢村, 俊幸; 辻田, 百典; 塚口, 丈夫

CITATION:

沢村, 俊幸 ...[et al]. 創傷猩紅熱の1例について. 日本外科宝函 1956, 25(1): 94-97

ISSUE DATE:

1956-01-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/206233>

RIGHT:

のが10%であるという。もともとリンパ節転移を伴うのは第3度、第4度のもので、したがってその予後も不良である。

治療としては一般の外科的処置のほかに、radon seed, ラジウム, X線などによる放射線療法が多く用いられているが、カンクroidは比較的 radioresistant であることに注意する必要がある。私たちは自験例に対して nitrogen-mustard の静脈内注射と局所投与とを行つたが結局は無効であつた。

結 語

私たちは最近、癰疽癌からリンパ節に巨大な転移を形成したと思われる1例を経験したのでこゝに報告した。すなわち23才の家婦で右跟骨部に火傷をうけた後長年を経てその癰疽が潰瘍化し、これを切除されて一旦治癒したけれども、その後下腭径リンパ節に巨大な転移を形成し、潰瘍癌となつたもので、病理組織学的

には、カンクroidであつた。

比較的よく分化した角化性扁平上皮癌で、一部には典型的な癌真珠をみとめる。

細胞はその胞体が明るく、よく分化したところでは、核に変性像をみとめ、増殖の盛んなところでは、索状の癌細胞巢があり、この部では胞体の塩基好性がつよく、細胞の大きさがやや小さい間質は比較的疎鬆で、細胞反応を殆んどみとめない。

文 献

- 1) 竹崎：東京医会誌，11，21，明30.
- 2) 片山：東京医会誌，29，22，大4.
- 3) 赤岩：グレンツゲビュート，4，10号，昭5.
- 4) 伊藤：皮科会誌，25，11，大14.
- 5) 伊藤：唐：皮科会誌，26，2，大15.
- 6) 北村：最新の臨床，2，昭24.
- 7) 村上：外科，4，6，昭15.
- 8) 福慶：癌，24，2，1940.
- 9) 木原：京都医会誌，23，大15.
- 10) 緒方：癌，30，5，昭11.
- 11) Car：Stopher, Text Book of Surgery, 1943.

創傷猩紅熱の1例について

大阪市立大学医学部外科学教室（指導：白羽弥右衛門教授）

研究生 沢村俊幸・研究生 辻田百典

大阪市立桃山病院（院長：山上茂博士）

医 長 塚 口 丈 夫

〔原稿受付 昭和30年11月10日〕

ON A CASE OF WOUND-SCARLATINA

by

TOSHIYUKI SAWAMURA, MOMOSUKE TSUJITA

Department of Surgery, Osaka City University Medical School.

(Director; Prof. Dr. YAEMON SHIRAHARA.)

and

TAKEO TSUKAGUCHI M. D.

Osaka Municipal Momoyama Isolation Hospital. (Chief; Dr. SHIGERU YAMAKAMI.)

Case; 4 years old girl. In the middle of July 1955, she complained of painful swelling of the left forearm. On the 25th of July she became feverish in the afternoon. The miliary exanthema was observed on the various parts of the body. She had an injection of 600,000 units of procaine-penicillin in aqueous suspension.

When she was brought to the hospital, her body temperature was 38.9°C, and

her face was blushed, but the perioral region was pale. She had systemic miliary exanthema, especially distinct on the left upper arm. There was small abscess on the left thenar region, and around the thenar region the edematous swelling was distinct. Leucocyte count was 18,000. Streptococcus was detected in the pharyngeal swab, but not in the nasal secret. Blood culture was negative. Five cc of emulsion of Ilotycin-sulfa was given orally every 6 hours, totalling 55 cc in all. On the second day of admission, the pus was discharged by the incision of the abscess in left thenar region, and her forearm was poulticed with 30% alcohol. Four days after, the swelling was alleviated, the wound healed 7 days after its incision, and the eruption disappeared, but the desquamation was not proved.

In the first stage of onset, this case was considered to be a typical woundscarlatina, and by the prompt application of chemotherapy in early stage and by the surgical treatment, the disease healed rapidly without desquamation.

This course may be considered to be related with some causes concerning immunity and allergy.

われわれは最近創傷猩紅熱と思われる 1 例を経験したので、ここに報告するとともに簡単な文献的考察を試みた。

症 例

豐○貞○，女，4才

主 訴：左上肢の有痛性腫脹

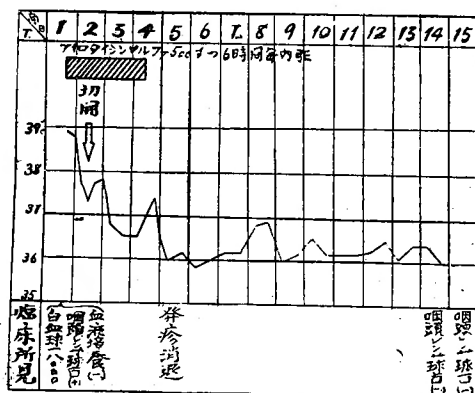
家族歴および既往歴：特記すべきものがない。

現病歴：本年7月中旬(入院約10日前)から左前腕伸側に有痛性腫脹を来したが放置していたところ、7月25日午後から38.7℃ないし40℃に達する体温上昇を認め、その日の夕方から顔面をはじめ全身にわたって点状丘疹が散発し、同時に食欲不振と全身倦怠感を覚えた。そこで油性プロカイン・ペニシリン30万単位ずつ2日間にわたって筋注されたがよくならないので来院した。

現 症：体格中等度，体温 38.9℃，脉搏正常，顔面は潮紅しているが，口唇蒼白を認められ，咽頭はやゝ充血している。心音純，胸部および腹部には打，聴触診上異常を認めない。顔面をはじめ胸部，腹部，臀部および四肢など全身に粟粒大の発疹が散発しており，とくに左上腕には無数に認められた。左手掌拇指球部にえんどう大の膿瘍があり，さらに同側の手背から前腕全体にかけて発赤とびまん性の浮腫性腫脹が強く，局所温の上昇と圧痛とが著明であつた。このほか両側足趾にも著明な発赤がみられたが，この部分には炎症性腫脹をみられなかつた。

臨床検査所見：白血球数 18,000, 咽頭分泌物から塗抹によりレンサ球菌を証明したが、鼻腔分泌物からはこれが認められず、血液培養では菌が陰性であつた。尿は蛋白陰性、ウロビリノーゲン正常、ウロビリリン陰性。

臨床経過：創傷猩紅熱の診断のもとに7月26日大阪市立桃山病院に入院，たぐちにアイロタイシン・サルファ薬剤5ccずつ6時間毎経口投与を開始し，3日間にわたり総量55ccを用い，また入院の翌日左手掌の膿瘍に対して切開を加えて黄緑色濃厚な膿を排除し，あわせて左前腕に30%アルコール電法を行った。すると4日後には炎症性腫脹は著しく消褪し，切開創からの膿分泌も減少して，創は7日間で完全に治癒した。また治癒開始後5日目には発疹が全く消失してしまつたが，この間皮膚の落屑は全く認められなかつた。



入院第14日および第15日の両日にわたり咽頭分泌物を再び塗抹標本と血液寒天に24時間培養して調べたが、レンサ球菌はもかや陰性となり、第16日目に全治退院した。(図参照)。

考 察

創傷猩紅熱は創傷あるいは手術後および火傷後の創傷感染に際しておこるものであるから、一般の猩紅熱とはその趣を異にするため、術後性あるいは外科的猩紅熱とよばれている。アイロタイシン・サルファ薬剤5 cc中にはエリスロマイシン 100mg, サルファダイアジン 167mg, サルファメラジン 167mg, サルファメサジン 167mg, が含まれている。

が、火傷性および産褥性のものを含めて、外国は勿論本邦においてもすでに多数報告されている。たとえば古い文献としては1908年 Kredel は全手術患者の4.1%において創傷猩紅熱がみられたとのべており、佐藤氏の昭和16年の報告によれば、猩紅熱患者のうち産褥性のものは0.15%であつたという。また同年の中村氏の報告によれば15年間の猩紅熱患者 682 名中創傷猩紅熱患者は 10 名 (1.47%) であつたとのべている。サルファ剤および抗生物質の普及時代に入つてからは、そのためか創傷猩紅熱の報告は少なくなつており、最近ではただ耳鼻科領域からの報告を散見するのみである。桃山病院における最近6年間の統計(昭和25年—昭和30年)では猩紅熱患者1,417名に対して創傷猩紅熱患者は12名(0.85%)である。

一般に本症の潜伏期は短くて1日ないし4日であるが、自家例においては大体10日前後と推定される。

本症の感染経路としては勿論創傷から感染するのであるが、岡田教授はまず猩紅熱を一般のものと創傷猩紅熱とに分ち、一般猩紅熱の感染経路は一見創傷とは無関係にみえるけれども、これらではいわゆる猩紅熱アンギーナのあるのが普通であるから、この表面の白色苔を考えにいれるならば、一般猩紅熱でも口蓋扁桃が感染門戸であるとみなすことができるわけであり、従つて扁桃腺窩は一つの生理的創傷部とも考えることができるので、これを創傷猩紅熱といえないことはないとのべておられる。

一般猩紅熱の場合にはその病原体として殆んどすべてにおいて、咽頭分泌物から溶連菌が見出されるのに反して、創傷猩紅熱の場合には、溶連菌のほかに溶血性ブドウ球菌やその他のブドウ球菌などかなりの高

率において見出されている。われわれの症例では入院の当初に、咽頭からレンサ球菌を証明することができた。Schlossman は病原菌が侵入する場所は以前に損傷のあつた口腔および咽頭粘膜であつて、その他の場合は四肢の小創傷部であるといい、丹毒との類似をのべている。

Schultz は術後性猩紅熱の発症は個体の反応態度によつて異なるといい、また Guber はこの際免疫状態の変化のほかに体質的要素も関連して来るとのべている。実際には大手術の後などよりもむしろ虫にさされた時のような、小さい創傷からする創傷猩紅熱の方がその発生率が高いのであつて、これはかような考えを支持するものである。なお興味の深いのは Scheppekot の報告のなかで、70名の猩紅熱患児のうち16名の多きが、発病の2日ないし14日前に咽頭破裂の手術をうけていたことである。

本症の発疹は創傷部周辺から初発するのが普通である。Brunner は受傷者および妊婦は猩紅熱に対して感受性が高く、19例において体表面の創傷部およびその周辺から発疹ならびに感染症状が現れたといつてゐる。しかし創傷部以外の部分から発疹が出現する場合もかなりあるようであつて、Hamilton もそのことに言及している。また創傷の位置にかかわらず、一度に全身性に現れることもある。Guber の報告では、創傷猩紅熱患者40例中、創傷部と無関係な部分から出現したものが10例、1部は創傷部から発生し同時に他の部分からも発疹が現れたのが4例、全身性に現れたものが14例で、純粋に創傷部から発現したものは12例にすぎなかつた。これに対して火傷性のものでは創傷部から発疹することは比較的稀なようである。また Günthen によれば発疹の出現する部位はその皮膚の反応の強さあるいは局所の免疫性に関係があるという。本例においては初診時すでに全身に発疹が現れていたから、その初発部位は不明であるが、炎症性病巣の近くに発疹が多くみられたことから考えると、発疹は創傷の周辺から初発したものと推定される。

創傷猩紅熱においては咽頭の炎症所見ことに扁桃腺炎のないのが普通であつて、時として咽頭部に発赤を認められるにすぎない。このことは内外の報告の一致した見解であつて、いわゆるアンギーナをもつものは殆んど見当らず、確に本例においても咽頭には軽い発赤をみたのみである。

創傷猩紅熱の際の落屑は第10病日前後に創傷の周辺

からはじまるのが普通である。けれども本例においてはついに落屑が発現しかなったのであるが、このような例を Guber はその 40 例中 2 例においてみられたと述べている。

年令的には、Hamilton は 174 例の観察の結果、創傷猩紅熱は子供におけるよりもむしろ成人に多いといっているが、Guber は 40 例の報告中においてその逆の成績を出しており、一般的には子供に多いようである。

血液像は殆んどすべての場合かなりの白血球増多症を示す。本例においても入院時その白血球数は 18,000 であった。しかし好酸球増多症は一般にいわれている程特有なものではなく、約半数において認められるのみである。

本症の診断は、臨床所見から容易であるが、最終決定には、創傷部から菌を検出すること Schultz-Charlton の消褪現象を確認することが必要である。創傷猩紅熱と一般の猩紅熱に罹患中に創傷を受けたものとを鑑別することの必要な場合もあるが、創傷猩紅熱においては咽頭所見の少いことおよび発疹が主として創傷周囲から現れることなどを考慮するがよい。

Hamilton の 174 例および Guber の 40 例その他の文献を綜合して、本症の特徴を列挙すれば、

1. 子供の方が成人よりも多い。
2. 潜伏期は短く、1 日ないし 4 日である。
3. アンギーナはすべての症例において欠けており、時に咽頭のカタル症状をみるのみである。
4. 発疹は創傷の周辺部から現われるかまたは一部が異なった部位から現われる。
5. Schultz-Charlton の消褪現象は大体 60% ないし 70% においてみられる。
6. 創傷部から検出される病原体は溶連菌のほか、溶血性ブドウ球菌などである。
7. 落屑も早期に創傷の周辺からはじまる。
8. 合併症は比較的少く、時にリンパ腺炎および中耳炎をみる位である。

9. 多くの学者は創傷猩紅熱を猩紅熱の異変型の一つであると解釈している。

さてわれわれの経験した症例では、発病の初期において定型的な創傷猩紅熱と考えられたので、これに対して早期にアイロタイシン・サルファ剤を経口投与するとともに、膿瘍に效する観血的処置を行つたところ、これが速に奏効し、落屑をみずして治癒してしまつた。アイロタイシン・サルファはその抗菌スペクトルからみて、たしかに本例の起炎菌に対して抗菌作用を発揮したものと考えられるが、治癒に際して落屑がみられなかつたのは、あるいはこのために異状の経過をとつたのではないかと考えられる。

本例にみられた発疹はいわゆる一般の猩紅熱に特有なものと同一であるとは考えにくいようであつて、むしろ免疫・アレルギー性の由来によるものと考えの方が妥当ではないかと思われる。

結 語

左手掌の膿瘍から全身性に発疹を招来した 4 才女兒にみられた創傷猩紅熱に対して、アイロタイシン・サルファ剤が著效を奏した 1 例を報告し、本症の頻度、臨床諸徴候について文献的考察を行つた。

本論文の要旨は昭和 30 年 9 月 10 日第 69 回大阪外科集談会において口演した。

最後に桃山病院長山上茂博士の御指導と大阪市立大学外科白羽弥右衛門教授の御校閲を深く感謝します。

文 献

- 1) 渡辺道明：耳鼻咽喉科，25：1953
- 2) 佐藤彦次郎：日本伝染病学会雑誌，16，1941
- 3) 中村兼次：児科雑誌，47：1099，1941.
- 4) Kredel, L Arch. klin. Chir., 87：931, 1908.
- 5) 畑洵，穴戸哲男：臨床小児医学，1：218, 1953.
- 6) 村井昭一，秋葉亨：日本内科学会誌，42：914, 1954.
- 7) Schultz, W: Münch. med. Wschr., II：1140, 1929.
- 8) Guber, I: Arch. klin. Chir., 277: 523, 1954.
- 9) 飯田文武：耳鼻咽喉科臨床，43：433, 1950.
- 10) Günther, B: Dtsch med. Wschr., I 288, 1924.